

## AUTORIZACIÓN AUTHORIZATION

AUTORIZACIÓN PARA LA CESIÓN DE LOS REGISTROS DE:															
APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO												
La siguiente información podría ayudar a localizar datos:		NOMBRES PREVIOS													
NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DE CLIENTE	OTRO NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	FECHAS DE SERVICIO	LUGAR DEL SERVICIO												
INFORMACIÓN CEDIDA A:															
APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	TÍTULO												
NOMBRE DE LA ORGANIZACIÓN O DEL COMERCIO SI FUERA APLICABLE															
DOMICILIO		CIUDAD	ESTADO												
CÓDIGO POSTAL															
NÚMERO TELEFÓNICO (INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA)	NÚMERO DE FAX (INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA)	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO													
MOTIVO PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN															
AUTORIZACIÓN:															
<p><b>FUENTES:</b> Yo, concedo mi autorización a los siguientes programas para divulgar o autorizar el acceso a mi información confidencial según se especifica a continuación. La información puede ser suministrada verbalmente o a través de transferencia computarizada de datos, correo, fax o personalmente.</p> <p><input type="checkbox"/> Sólo a los siguientes programas (marque los que apliquen):</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Administración Servicios para Ancianos y Personas con Incapacidades</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Administración Servicios para Niños</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Programas asistenciales de la Administración Servicios Económicos</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> División Manutención para Niños</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Administración de Servicios Financieros</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Administración Rehabilitación Juvenil</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Administración de Asistencia Médica</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> División Servicios Contra el Abuso de Alcohol y Sustancias</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> División de Rehabilitación Vocacional</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> División de Salud Mental incluyendo hospitales estatales</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Otro: _____</td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> Todas las secciones del Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS)</p>				<input type="checkbox"/> Administración Servicios para Ancianos y Personas con Incapacidades	<input type="checkbox"/> Administración Servicios para Niños	<input type="checkbox"/> Programas asistenciales de la Administración Servicios Económicos	<input type="checkbox"/> División Manutención para Niños	<input type="checkbox"/> Administración de Servicios Financieros	<input type="checkbox"/> Administración Rehabilitación Juvenil	<input type="checkbox"/> Administración de Asistencia Médica	<input type="checkbox"/> División Servicios Contra el Abuso de Alcohol y Sustancias	<input type="checkbox"/> División de Rehabilitación Vocacional	<input type="checkbox"/> División de Salud Mental incluyendo hospitales estatales	<input type="checkbox"/> Otro: _____	
<input type="checkbox"/> Administración Servicios para Ancianos y Personas con Incapacidades	<input type="checkbox"/> Administración Servicios para Niños														
<input type="checkbox"/> Programas asistenciales de la Administración Servicios Económicos	<input type="checkbox"/> División Manutención para Niños														
<input type="checkbox"/> Administración de Servicios Financieros	<input type="checkbox"/> Administración Rehabilitación Juvenil														
<input type="checkbox"/> Administración de Asistencia Médica	<input type="checkbox"/> División Servicios Contra el Abuso de Alcohol y Sustancias														
<input type="checkbox"/> División de Rehabilitación Vocacional	<input type="checkbox"/> División de Salud Mental incluyendo hospitales estatales														
<input type="checkbox"/> Otro: _____															
<p><b>REGISTROS:</b> Autorizo a que se cedan los siguientes registros:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Registros del cliente mantenidos por las secciones de DSHS indicadas arriba</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Todos mis registros de cliente</td> </tr> <tr> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Registros confidenciales del cliente mantenidos por las secciones de DSHS indicadas arriba</td> <td style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Registros en la lista adjunta</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="padding: 2px;"><input type="checkbox"/> Únicamente los siguientes registros:</td> </tr> </table> <p>Deseo limitar los registros para que se divulguen de la siguiente manera (por fecha, tipo de registro, etc.):</p>				<input type="checkbox"/> Registros del cliente mantenidos por las secciones de DSHS indicadas arriba	<input type="checkbox"/> Todos mis registros de cliente	<input type="checkbox"/> Registros confidenciales del cliente mantenidos por las secciones de DSHS indicadas arriba	<input type="checkbox"/> Registros en la lista adjunta	<input type="checkbox"/> Únicamente los siguientes registros:							
<input type="checkbox"/> Registros del cliente mantenidos por las secciones de DSHS indicadas arriba	<input type="checkbox"/> Todos mis registros de cliente														
<input type="checkbox"/> Registros confidenciales del cliente mantenidos por las secciones de DSHS indicadas arriba	<input type="checkbox"/> Registros en la lista adjunta														
<input type="checkbox"/> Únicamente los siguientes registros:															
<p><b>TENGA EN CUENTA:</b> Si sus registros de cliente o confidenciales incluyen uno de lo siguiente, usted también debe llenar la siguiente sección para autorizar la divulgación de estos registros.</p>															
<p><b>REGISTROS ESPECIALES:</b> Doy mi consentimiento para divulgar los siguientes registros (marque los que apliquen):</p> <p><input type="checkbox"/> VIH/SIDA y resultados de análisis por enfermedades de transmisión sexual, diagnóstico o registros de tratamiento (RCW 70.24.105)</p> <p><input type="checkbox"/> Registros de Salud Mental (RCW 71.05.620) incluyendo:</p> <p><input type="checkbox"/> Registros de dependencia química (42 CFR Parte 2) incluyendo:</p>															
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Esta autorización es válida por <input type="checkbox"/> 90 días o <input type="checkbox"/> hasta el _____ (fecha o evento).</li> <li>• Podría revocar o anular mi autorización por escrito, en cualquier momento, pero esto no afectará la información ya divulgada.</li> <li>• Entiendo que mis registros ya no estarán protegidos por las leyes que aplican a DSHS después de la divulgación.</li> <li>• Una copia de este formulario es válida para autorizar la divulgación de los registros. DSHS pudiera cobrar para hacer copias de estos registros.</li> </ul>															
AUTORIZADO POR (FIRMA)	FECHA DE LA FIRMA	NÚMERO TELEFÓNICO (INCLUIR CÓDIGO DE ÁREA)													
ESCRIBA EL NOMBRE EN LETRA DE MOLDE		TESTIGO/NOTARIO (FIRMAR Y ESCRIBIR EL NOMBRE EN LETRA DE MOLDE, SI SE REQUIERE)													
<p>Si yo no soy la persona cuya información es cedida, estoy autorizado a acceder a estos registros porque soy el: (adjuntar constancia que lo habilite)</p> <p><input type="checkbox"/> Padre del menor    <input type="checkbox"/> Guardián legal    <input type="checkbox"/> Representante personal    <input type="checkbox"/> Otro:</p>															

**Aviso para quien recibe esta información:** Si estos registros contienen información sobre VIH/SIDA, enfermedades de transmisión sexual o abuso de alcohol y drogas, usted no puede divulgar esta información, de conformidad con la ley federal y estatal, sin el consentimiento expreso de la persona a quien le pertenece y satisfaciendo requisitos legales específicos.

## INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN

**Propósito:** Use este formulario cuando desea que DSHS pueda compartir información confidencial sobre usted con otra persona (incluyendo un abogado, legislador o pariente. Usted puede autorizar la divulgación de todos los registros confidenciales que DSHS tiene sobre usted o puede limitar su autorización a registros específicos o secciones de la agencia. Este formulario también le permitirá a DSHS discutir su situación verbalmente con la persona que usted autorice.

**Aviso a los clientes:** La mayoría de la información que DSHS tiene sobre usted es confidencial y no será divulgada con terceros, a menos que usted lo autorice o si tal divulgación está contemplada por la ley. Tenga en cuenta que después de que DSHS divulgue su información confidencial, el destinatario de ésta podría no proteger sus registros bajo la misma ley que rige para DSHS. DSHS no puede denegarle beneficios si usted no firma este formulario autorizando a DSHS a compartir su información, a menos que su información se requiera para determinar la elegibilidad. Para obtener información sobre cómo DSHS comparte información confidencial de sus clientes y sus derechos de privacidad, por favor lea el Aviso sobre Prácticas de Privacidad de DSHS o consulte con la persona que le entregó este formulario.

**Uso:** Usted puede llenar este formulario electrónicamente o a mano. Si utiliza una computadora para completar el formulario, use la tecla de tabulación para moverse de un casillero a otro. **Se debe completar un formulario por separado para cada persona cuyos registros son solicitados, incluyendo los niños.** "Usted" se refiere a la persona cuyos registros están siendo solicitados.

### Secciones del formulario:

#### IDENTIFICACIÓN DEL TITULAR DE LOS REGISTROS:

- **Nombre:** Indique su nombre completo o el nombre de la persona cuyos registros son solicitados si está interviniendo por otra persona.
- **Fecha de nacimiento:** Incluya esta información necesaria para distinguirlo a usted de otras personas con nombres similares.

#### INFORMACIÓN OPCIONAL para ayudar a localizar los registros:

- **Nombres previos:** Incluya otros nombres que han sido usados para recibir beneficios o servicios.
- **Número de identificación del cliente:** Provea todo número que DSHS pudiera haber asignado.
- **Otro número de identificación:** Incluya un número de seguro social u otro número de identificación que podría ayudar a localizar los registros de DSHS.
- **Fecha y lugar de los servicios:** Proporcione esta información para ayudarle a DSHS a identificar y localizar los registros que usted desea ceder.

#### DESTINATARIO DE LOS REGISTROS:

- **Identificación:** Llene esta sección tan completamente como le sea posible para que podamos comunicarnos con la persona u organización que tendrá acceso a su información confidencial.
- **Motivo de la divulgación:** Esta información es requerida antes de que DSHS pueda compartir datos sobre alcohol y drogas. Si no completa esta sección, DSHS entenderá que el motivo de la divulgación es a su pedido.

#### AUTORIZACIÓN:

- **Secciones de DSHS:** Marque la primera casilla si desea autorizar el acceso a todos sus registros de DSHS. Si sólo desea que se cedan los registros de ciertas secciones de DSHS, marque la segunda casilla y cada programa a ser incluido o especifique el nombre del programa en "otro" si no estuviera consignado.
- **Información divulgada:** Indique qué registros desea divulgar. Usted puede autorizar la divulgación parcial o total de sus registros como cliente de DSHS. Asimismo, puede limitar la divulgación de los registros de cliente mantenidos solamente en las secciones de la agencia, los cuales marcó en la sección anterior, o puede marcar los registros específicos que desea que se divulguen en este formulario o en un adjunto firmado por usted. Si existe alguna limitación en los registros que desea divulgar, indique los registros específicos o describa las limitaciones ya sea por fecha del servicio o tipo de registro.
- **Registros restringidos:** Si alguno de los registros pudiera incluir información de HIV/SIDA, pruebas o tratamientos de enfermedades de transmisión sexual, tratamiento de salud mental o servicios de drogadicción o alcoholismo, usted debe marcar cada artículo para autorizar a DSHS a divulgar estos registros. Usted debe llenar un formulario por separado para autorizar la divulgación de sus registros psicoterapéuticos (45 CFR 164.508(b)(3)(ii)).
- **Validez:** Este formulario es válido para ceder información actualmente mantenida en DSHS. Su autorización expira en 90 días a partir de la fecha de su firma o en cualquier otra fecha que usted especifique, excepto la divulgación de información por un proveedor de atención a la salud acerca de su futuro tratamiento, la cual está limitada a 90 días bajo RCW 70.02.030. Puede revocar su autorización para la divulgación de registros en cualquier momento pero sería muy tarde para recuperar información ya cedida.
- **Costo:** La ley sobre cesión de información pública en RCW 42.17.260 y WAC 388-08-080 permite que DSHS cobre por las copias de sus registros más el franqueo. Los hospitales estatales y los establecimientos médico pudieran imponer un cargo mayor para los registros de pacientes bajo el Capítulo 70.02 RCW.

#### FIRMAS:

- **Si usted es la persona cuya información es cedida,** firme y también escriba su nombre en letra de molde o a máquina abajo. Indique la fecha en la cual firmó el formulario y su número telefónico o de contacto.
- **Si está firmando por otra persona,** indique en la última línea por qué lo puede hacer y adjunte una copia de la orden judicial u otro documento que le otorga autoridad legal. Los niños también deben firmar para autorizar la cesión de sus propios registros si son mayores de la edad para otorgar su consentimiento (13 para salud mental o servicios sobre drogas y alcohol; 14 para información sobre VIH/SIDA u otras enfermedades de transmisión sexual; cualquier edad para anticonceptivos y abortos; 18 para registros de salud o de otra índole).
- **Testigo o notario:** Pudiera requerirse un testigo o un notario para verificar su identidad si no presenta este formulario en persona o si un programa solicita la verificación. Esta persona debe firmar y escribir su nombre con letra de molde.

**AVISO A DSHS:** Si estos registros contienen información sobre VIH o enfermedades de transmisión sexual, DSHS debe notificar al destinatario que la información es confidencial y que no pueden divulgar estos registros sin una autorización especial según lo requiere RCW 70.24.105(5). Si DSHS envía copias de registros relacionados con servicios de tratamiento de drogadicción o alcoholismo, bajo esta autorización, DSHS debe incluir la siguiente declaración cuando divulgue información según lo requiere 42 CFR 2.32:

Esta información le ha sido cedida de registros protegidos por leyes federales sobre la confidencialidad (42 CFR Parte 2). Las regulaciones federales le prohíben revelar esta información a menos que la cesión adicional esté expresamente autorizada, a través del consentimiento escrito de la persona a quien le pertenece o que de otra manera esté permitida de conformidad con 42 CFR Parte 2. Una autorización general para la cesión de información médica u otra información NO es suficiente para este propósito. Las regulaciones federales restringen todo uso de esta información para investigar o enjuiciar penalmente a algún paciente que recibió servicios por abuso de alcohol o drogas.